

इन्डिविजुअलाइज्ड फेमिलि सर्विस प्लान (IFSP)

रेफरल तिथि:	IFSP बैठक तिथि:	IFSP बैठक प्रकार: <input type="checkbox"/> अन्तरिम <input type="checkbox"/> आरंभिक <input type="checkbox"/> वार्षिक मूल्यांकन
-------------	-----------------	---

बच्चे व परिवार संबंधी सूचना

बच्चे का नाम (प्रथम/मध्य/अंतिम):			
जन्म तिथि:	ID संख्या:	MA संख्या:	
पता:		घर का फोन:	
माता-पिता/अभिभावक/सरोगेट का नाम:			
पता:		घर का फोन:	
पता:		कार्यस्थल का फोन:	
ई-मेल:		सेल फोन:	
संपर्क करने का सर्वोत्तम समय:	संपर्क करने का सर्वोत्तम समय: <input type="checkbox"/> घर का फोन <input type="checkbox"/> कार्यस्थल का फोन <input type="checkbox"/> सेल फोन <input type="checkbox"/> ई-मेल		

टीम सहभागी के हस्ताक्षर

प्रत्येक एंजेसी या व्यक्ति जिसकी अर्ली इंटरवेन्शन सर्विसेज के प्रावधान में सीधी भूमिका है वह IFSP के परिणामों को पाने में योग्य बच्चे और परिवार को मदद करने के लिए जिम्मेदार है।

सेवा समन्वयक	तिथि	मूल्यांकनकर्ता/आकलनकर्ता (या अन्य माध्यमों से यथोचित सहभागिता) तिथि
अन्तरिम/वैकल्पिक सेवा समन्वयक	तिथि	अन्य सहभागी एंजेसी/पदनाम तिथि
अग्रणी एंजेसी प्रतिनिधि	तिथि	अन्य सहभागी एंजेसी/पदनाम तिथि
माता-पिता/अभिभावक/सरोगेट	तिथि	अन्य सहभागी एंजेसी/पदनाम तिथि

सेवा समन्वयक संबंधी सूचना

यदि आपके पास इस IFSP या आपके बच्चे या परिवार के साथ काम करने वाले किसी व्यक्ति के बारे में कोई प्रश्न है तो अपने सेवा समन्वयक (सर्विस कोऑर्डिनेटर) से संपर्क करें।

सेवा समन्वयक का नाम:	
एंजेसी:	
पता:	
कार्यालय का फोन:	ई-मेल:

अनुमानित IFSP बैठक तिथियाँ

अनुमानित तिथि छह मासिक IFSP समीक्षा:
अनुमानित तिथि वार्षिक IFSP समीक्षा तिथि:
अनुमानित तिथि परिसर संक्रमण योजना बैठक:

बच्चे का नाम:

ID संख्या:

IFSP बैठक तिथि:

भाग I – मेरे बच्चे के विकास के बारे में सूचना

खंड A – स्वास्थ्य सूचना

सामान्य स्वास्थ्य

जन्म के समय आपके बच्चे की गर्भकाल आयु क्या थी? _____ सप्ताह _____ दिन

आपके बच्चे का जन्म के समय वजन कितना था? _____ पाउंड _____ ऑंस या _____ ग्राम

आपके प्राथमिक देखभाल चिकित्सक या अन्य स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर कौन हैं? _____ फोन:

टीकाकरण

क्या आपके पास अपने बच्चे के टीकाकरण रिकॉर्ड की नकल है? हाँ नहीं

यदि नहीं तो, कृपया उन तरीकों के बारे में बताएँ जो आपके बच्चे के टीकाकरण रिकॉर्ड की एक प्रति प्राप्त करने के लिए अपनाये जाने हैं।

क्या टीकाकरण रिकॉर्ड में आपके बच्चे के कालानुक्रमिक उम्र के लिए आवश्यक टीकाकरण है? हाँ नहीं

यदि नहीं, तो आपके बच्चे के लिए आवश्यक टीकाकरण प्राप्त करने के लिए किन तरीकों को लागू किया जाएगा?

प्राप्त टीकाकरण के बारे में बताएँ (मोटे अक्षरों में टीकाकरण पब्लिक स्कूल के लिए जरूरी है):

 DTaP/DT पोलियो Hib HepB PCV7 रोटावायरस MCV4 Hep A MMR वेरिसेला

जरूरी टीकाकरण के बारे में बताएँ (मोटे अक्षरों में प्रदर्शित टीकाकरण पब्लिक स्कूल के लिए जरूरी है):

 DTaP/DT पोलियो Hib HepB PCV7 रोटावायरस MCV4 Hep A MMR वेरिसेला

सीसा स्क्रीनिंग / परीक्षण

क्या आपके बच्चे के सीसा स्तर परीक्षण किया गया है? हाँ नहीं यदि हाँ, तो स्तर क्या था? _____क्या आपके बच्चे के सीसा स्तर के बारे में कोई चिंताएं हैं? हाँ नहीं यदि हाँ, कृपया वर्णन करें। _____

पोषण

क्या आपके बच्चे के खान-पान, सामान्य पोषण या विकास के बारे में कोई चिंताएं हैं? हाँ नहीं

यदि हाँ, कृपया वर्णन करें।

सामान्य स्वास्थ्य संबंधी चिंताएं

क्या आपके बच्चे के स्वास्थ्य के बारे में कुछ है (विशेष उपकरण स्वास्थ्य, एलर्जी, अन्य मानसिक या शारीरिक जानकारी) जिसे टीम को जानना चाहिए ताकि वे आपके बच्चे और परिवार के लिए बेहतर योजना बना सकें और सेवाएं प्रदान कर सकें?

भाग I – मेरे बच्चे के विकास के बारे में सूचना

खंड B – विकास के वर्तमान स्तर

मूल्यांकन स्तर:

 प्रविष्टि अंतरिम (जन्म से 3 साल तक) निकास (जन्म से 3 साल तक) अंतरिम (3 से किंडरगार्डन उम्र तक) निकास (3 से किंडरगार्डन उम्र तक)

विकास के वर्तमान स्तर

क्षेत्र	मूल्यांकन की तिथि (MM/DD/YY)	मूल्यांकन साधन के नाम	कालानुक्रमिक आयु	उम्र स्तर / उम्र सीमा	गुणात्मक विवरण
संज्ञानात्मक	संज्ञानात्मक (खेलना, रोचना और खोजबीन करना)				
संचार	संचार (अन्य को समझना और अपने को अभिव्यक्त करना)				
सामाजिक या भावनात्मक	सामाजिक या भावनात्मक (भावना, अनुभूति और दूसरों के साथ अंतःक्रिया)				
अनुकूलनीय	अनुकूलनीय (खाना, पीना, शौच करना और अपने लिए काम करना)				
भौतिक	सूक्ष्म मोटर (खेलने, खाने या अन्य गतिविधि के लिए अपने हाथ का प्रयोग)				
	सकल मोटर (स्थिति या स्थान बदलने के लिए अपने परीक को छिसकाना)				
	सुनना	क्या आपके बच्चे ने सार्वभौमिक नवजात श्रवण जाँच (युनिवर्सल न्यू बॉर्न हियरिंग स्क्रीनिंग) को सफलतापूर्वक पूरा किया है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> लागू नहीं			
		क्या आपके बच्चे को पूर्ण श्रवण मूल्यांकन के लिए किसी श्रवणविद् (ऑडियोलॉजिस्ट) से दिखाया गया है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं			
		क्या आपके बच्चे के श्रवण के बारे में कोई चिंताएं हैं?			<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
		मूल्यांकन / निरीक्षण का परिणाम:			
दृष्टि	दृष्टि	क्या आपके बच्चे की दृष्टि का परीक्षण किया गया है?			<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
		क्या आपके बच्चे की दृष्टि के बारे में कोई चिंताएं हैं?			<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
		मूल्यांकन / निरीक्षण का परिणाम:			

भाग I – मेरे बच्चे के विकास के बारे में सूचना

खंड C – अर्ली इन्टरवेन्शन सर्विसेज़ के लिए पात्रता

पात्रता

आपका बच्चा मूल्यांकन की प्रक्रिया के परिणाम के आधार पर अर्ली इन्टरवेन्शन सर्विसेज़ के लिए पात्र है।
पात्रता केवल उस एक श्रेणी पर आधारित है जिसे नीचे विहित किया गया है।

 कम से कम 25% विकासात्मक विलंब

मेरा बच्चा अर्ली इन्टरवेन्शन सर्विसेज़ के लिए पात्र है क्योंकि मेरा बच्चा निम्नलिखित विकासात्मक क्षेत्रों के एक या अधिक में कम से कम 25% विलंब का अनुभव कर रहा है। लागू होने वाले सभी चिह्नित करें:

संज्ञानात्मक संचार सामाजिक या भावनात्मक अनुकूलनीय शारीरिक: _____ सूक्ष्म मोटर _____ सकल मोटर

 असाधारण विकास या आचरण

मेरा बच्चा अर्ली इन्टरवेन्शन सर्विसेज़ के लिए पात्र है क्योंकि मेरा बच्चा निम्नलिखित विकासात्मक क्षेत्रों के एक या अधिक में असाधारण विकास या आचरण दिखा रहा है जो कि उत्तरवर्ती विलंब का परिणाम दे सकता है। लागू होने वाले सभी चिह्नित करें:

संज्ञानात्मक संचार सामाजिक या भावनात्मक अनुकूलनीय शारीरिक: _____ सूक्ष्म मोटर _____ सकल मोटर

 विकासात्मक विलंब की उच्च संभावना वाली शारीरिक या मानसिक स्थिति का निदान किया गया है।

मेरा बच्चा अर्ली इन्टरवेन्शन सर्विसेज़ के लिए पात्र है क्योंकि मेरे बच्चे में ऐसी शारीरिक या मानसिक स्थिति का निदान हुआ है जिसकी विकासात्मक विलंब का परिणाम देने की उच्च संभावना है। यह सूची सर्व समावेशी नहीं है। लागू होने वाले सभी चिह्नित करें:

गुणसूत्र विकार (क्रोमोजोमल डिसऑर्डर): _____ डाउन सिंड्रोम _____ अन्य: _____

चिरकालिक फेफड़ों के रोग (क्रोनिक लंग डिसीज़ CLD)

जन्मजात संक्रमण जो कि लक्षणसूचक हैं (उदा., HIV)

CNS भारीदारी से जुड़े चयापचय की जन्मजात त्रुटियाँ (जैस., मेपल सिरप मूत्र रोग और गैलाक्टोसेमिया)

नवजात जो माँ के द्वारा बच्चे के जन्म पूर्व पराब सेवन का महत्वपूर्ण प्रभाव दिखाता है (जैसे., फीटल अल्कोहल सिंड्रोम)

नवजात जो ऐसे अंतर्गर्भाशयी औषधि जोखिम से प्रभावित है जिसे उपचार की ज़रूरत है, या जो अंतर्गर्भाशयी वृद्धि प्रतिबंध के प्रमाण दिखाता है

इंट्रोवेंट्रीकुलर रक्तस्राव – श्रेणी III या IV

सीसा विषाक्तता जिस में सीसे का स्तर 20 ug/dL या अधिक हो

मरिस्टिप्क में चोट के परिणाम स्वरूप सामान्य से गंभीर एंटीफैलोपेथी

वैश्व या आरंभिक बचपन में न्यूरोडिजेनरेटिव विकार (जैस., एड्रेनोल्युकोडिस्ट्रॉफी, टैसैक्स रोग)

पेरीवेंट्रीकुलर ल्युकोमैलेसिया (PVL)

समय पूर्व जन्म के कारण 1200 ग्राम (2 पौंड 10 ऑंस) से कम वजन

दौरा पड़ने का रोग जहाँ दौरों की आवृत्ति ज्यादा है या नियंत्रण में कठिन है या अंतर्निहित स्थितियाँ लगातार संज्ञानात्मक हानि से संबद्ध है (जैस., शिशु एंथन)

संवेदी हानि

अंधे या दृष्टि हीनता युक्त

बहरा या श्रवण में कठिनाई

गंभीर जन्मजात विकृति (जैसे., मेनिंगोमायलोसेल और जन्मजात हाइड्रोसेफलस)

सर्जिकल नेक्रोटोइंजिंग एन्टेरोकोलिटिस (NEC)

अन्य: _____

अन्य: _____

अन्य: _____

बच्चे का नाम:

ID संख्या:

IFSP बैठक तिथि:

भाग I – मेरे बच्चे के विकास के बारे में सूचना

खंड D – शक्ति और आवश्यकता

शक्तियाँ और आवश्यकताएँ

आपके बच्चे की अनूठी शक्तियों और जरूरतों का विवरण उन अलीं इन्टरवेन्शन सर्विसेज़ के लिए आयोजन के लिए बहुमूल्य जानकारी देता है जो आपके बच्चे और परिवार के लिए परिणामों के विकास का समर्थन करेंगी।

मेरे बच्चे की शक्तियाँ	मेरे बच्चे की जरूरतें
<p>वे कौन सी चीजें हैं जो मेरे बच्चे करना पसंद करते हैं?</p> <p>वे कौन सी चीजें हैं जो मेरा बच्चा अच्छी तरह करता है?</p>	<p>वे कौन सी चीजें हैं जो मेरे बच्चे के लिए करना चुनौतीपूर्ण है?</p> <p>वे कौन सी चीजें हैं जो मेरे बच्चे अब तक करना नहीं जानते हैं?</p>

भाग II – मेरे परिवार के बारे में जानकारी
खंड A – चिंताएं, प्राथमिकताएं, और संसाधन

चिंताएं, प्राथमिकताएं, और संसाधन

अपने बच्चे और परिवार को सबसे अच्छी तरीके से सहायता प्रदान करने के लिए, उन मुद्दों और प्रश्नों को जानना मददगार होगा जो कि आपके परिवार के लिए महत्वपूर्ण हैं। आपके बच्चे और परिवार की ज़रूरतों को पूरा करने के लिए आपके परिवार की चिंताएं, प्राथमिकताएं, और संसाधन परिणामों के विकास एवं योजनाओं और क्रियाकलापों की पहचान के लिए आधार रूप में प्रयोग किए जाएँगे। आप चाहें उतनी अधिक या कम सूचना साझा कर सकते हैं।

मेरे परिवार की चिंताएं	मेरे परिवार की प्राथमिकताएं	मेरे परिवार के संसाधन
चिंताएँ जो मुझे अपने बच्चे के स्वास्थ्य और विकास के बारे में हैं। जानकारी, संसाधन, सहायता जिनकीं अपने बच्चे और/या परिवार के लिए मुझे ज़रूरत हैं या मुझे प्राप्त करनी है।	अपने बच्चे के लिए मेरी आशाएँ और सपने। मेरे बच्चे और/या परिवार के लिए इस समय सबसे महत्वपूर्ण चीजें।	लोग, गतिविधियों, प्रोग्राम/संगठनों सहित वे संसाधन जो मेरे बच्चे/परिवार के पास समर्थन के लिए हैं।

यह सूचना निम्नलिखित के उपयोग से परिवार निर्देशित मूल्यांकन के द्वारा इकट्ठी की गई। लागू होने वाले सभी चिह्नित करें:

- स्थानीय रूप से विकसित परिवार के साक्षात्कार के लिए उपकरण
- दिनचर्या आधारित साक्षात्कार (RBI)

- उम्र और चरण प्रश्नावली (ASQ)

अन्य उपकरण/विधियाँ: _____

परिवार निर्देशित मूल्यांकन से परिवार ने मना किया।

भाग II – मेरे परिवार के बारे में जानकारी

खंड B – सहज वातावरण

सहज वातावरण में दिनचर्या

अर्ली इन्टरवेन्शन सर्विसेज सहज वातावरण में दी जाती हैं। एक सहज वातावरण एक ऐसा स्थान है जहाँ आपके बच्चे और परिवार ने समय बिताया है जैसे कि घर, चाइल्ड केयर प्रोग्राम या अन्य सामुदायिक सेटिंग। सहज वातावरण वे हैं जहाँ सामान्यतया बढ़ते बच्चे खेलते और सीखते हैं। नीचे दी जाने वाली सूचना हमें उस(न) सहज वातावरण को निर्धारित करने में मदद करेगी जिसमें आपका बच्चा और परिवार अर्ली इन्टरवेन्शन सर्विसेज पाएँगे।

आपका बच्चा/परिवार कहाँ समय बिताता है? लागू होने वाले सभी विविधत करें:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> बच्चे का घर | <input type="checkbox"/> अर्ली हेड स्टार्ट/हेड स्टार्ट | <input type="checkbox"/> फेमिलि सपोर्ट सेन्टर |
| <input type="checkbox"/> चाइल्ड केयर सेन्टर | <input type="checkbox"/> पुस्तकालय | <input type="checkbox"/> माता-पिता के रोजगार की जगह |
| <input type="checkbox"/> धार्मिक सेटिंग | <input type="checkbox"/> परिवार के किसी सदस्य के घर | <input type="checkbox"/> आश्रय |
| <input type="checkbox"/> फेमिलि चाइल्ड केयर | <input type="checkbox"/> टॉडलर प्लेग्रुप | <input type="checkbox"/> अन्य: _____ |
| | <input type="checkbox"/> जूडी सेन्टर | |

क्या गतिविधियाँ हैं जो आप परिवार के रूप में एक साथ करना पसंद करते हैं?

क्या कुछ चीजें हैं जो आप परिवार के रूप में एक साथ करना चाहते हैं लेकिन अभी नहीं कर सकते हैं?

आपके बच्चे और परिवार की दिनचर्या क्या हैं? क्या इनमें से कुछ दिनचर्याएं चुनौतीपूर्ण हैं? क्या और कुछ दिनचर्या हैं जिसे आपके परिवार स्थापित करना चाहेंगे?

वे कौन सी बाधाएँ हैं जो आपके बच्चे और परिवार को अपने दिनचर्याओं और गतिविधियों में भाग लेने में आड़े आती हैं?

प्रोग्राम कैसे आपके परिवार महत्वपूर्ण दिनचर्याओं को बेहतर बनाने या निर्माण करने की अपनी इच्छा को पूरा करने के लिए सर्वोत्तम तरीके से समर्थन दे सकता है?

भाग III – मेरे बच्चे के विकास से संबंधित मेरे बच्चे / परिवार का परिणाम

बच्चे व परिवार के परिणाम

आपके बच्चे के विकास के मौजूदा स्तर और साझे रिपोर्ट, आपके बच्चे की गति और जरूरतें, आपके परिवार की प्राथमिकताएं और संसाधन और आपके दिनचर्या के आधार पर यह योजना रूपरेखा बनाती है कि हम क्या पाना चाहते हैं और उसके लिए कौन से विशेष कदम उठाना जरूरी हैं। अपने बच्चे और/या परिवार के लिए विशेष कौशल और संदर्भ सहित अपनी प्राथमिकताओं की चर्चा करें। हर परिणाम के लिए एक अलग “चाइल्ड एड फैमिली आउटकम्स (बाल और परिवार परिणाम)“ फॉर्म भरा जाता है।

परिणाम	योजनाएं / गतिविधियाँ / सीखने के अवसर	मापने योग्य मापदंड
हम क्या होता देखना चाहेंगे?	प्राथमिकता परिणाम को पूरा करने के लिए किन कदमों को उठाया जाना जरूरी है?	हम कैसे जानेंगे कि परिणाम प्राप्त हो गया?

घटनाक्रम

प्रतिभागी – कौन शामिल होंगे?

नाम:	उपनाम:	फोन / ई-मेल:
नाम:	उपनाम:	फोन / ई-मेल:
नाम:	उपनाम:	फोन / ई-मेल:
नाम:	उपनाम:	फोन / ई-मेल:

प्रगति समीक्षा का परिणाम

समीक्षा कोड: उस कोड को चुनें जो सबसे बेहतर लागू होता है। 1- प्रोफिशियन्ट (प्रवीण) – हमने कर लिया! 2- इन प्रोसेस (प्रगति पर) – हम प्रगति कर रहे हैं। 3- नीड्ज डेवेलपमेन्ट (विकास जरूरी) – आएँ समायोजन करें। 4- अब जरूरी नहीं 5- रथगित	कोड:	तिथि:	संक्षिप्त नाम:	टिप्पणी:

परिणाम प्रगति प्रतिक्रिया – (केवल प्रगति समीक्षा कोड 3 के लिए जरूरी)

समीक्षा कोड: उस कोड को चुनें जो सबसे बेहतर लागू होता है। 1- परिणाम संबंधित करें 2- योजनाएं / गतिविधियाँ बदलें 3- सेवा बदलें 4- अन्य: _____	कोड:	तिथि:	संक्षिप्त नाम:	टिप्पणी:

भाग IV – मेरे बच्चे की अर्ली इन्टरवेन्शन सर्विसेज़

अर्ली इन्टरवेन्शन सर्विसेज़

अर्ली इन्टरवेन्शन सर्विसेज़ आपके बच्चे के विकास और आपके बच्चे की ज़रूरतों को पूरा करने की आपके परिवार की क्षमता को बढ़ाता है। प्रत्येक अर्ली इन्टरवेन्शन सर्विस आपके अपने बच्चे और परिवार के परिणामों का समर्थन देता है। हर सेवा/समर्थन/सेटिंग के लिए एक अलग “अर्ली इन्टरवेन्शन सर्विसेज़” फॉर्म पूरा किया जाता है।

सेवा का प्रकार	सेवा वर्णन				सेटिंग
	सत्र की संख्या	आवृत्ति	तीव्रता	विधि	
कृपया निर्दिष्ट करें:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> अन्य: _____	<input type="checkbox"/> प्रतिदिन <input type="checkbox"/> साप्ताहिक <input type="checkbox"/> मासिक <input type="checkbox"/> सालाना <input type="checkbox"/> केवल एक बार <input type="checkbox"/> त्रैमासिक <input type="checkbox"/> अद्वैत वार्षिक	प्रति सत्र मिनट की संख्या. <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 240 <input type="checkbox"/> अन्य: _____	<input type="checkbox"/> समूह <input type="checkbox"/> व्यक्तिगत	<input type="checkbox"/> घर (बच्चे के परिवार या देखभाल करने वाले का मुख्य निवास) <input type="checkbox"/> समुदाय आधारित सेटिंग (कृपया निर्दिष्ट करें): _____ _____ <input type="checkbox"/> अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें): _____ _____

सेवा के प्रकार	समुदाय आधारित सेटिंग्स (जहाँ बिना किसी अक्षमता के बच्चे खास रूप से पाए जाते हैं)				अन्य सेटिंग्स (समुदाय या घर आधारित नहीं)
1. ऑडियोलॉजी (श्रवणविज्ञान) 2. फैमिली काउन्सेलिंग (भरिवार को प्रश्नाएँ) / प्रशिक्षण 3. स्वास्थ्य 4. चिकित्सा (केवल निदान और मूल्यांकन) 5. नर्सिंग 6. पोषण 7. ऑप्टिप्रेशनल थेरेपी 8. फिजिकल थेरेपी	9. मनोवैज्ञानिक 10. रिस्पाइट केयर (अवकाश देखभाल) 11. सोशल वर्क (सामाजिक कार्य) 12. विशेष शिक्षा 13. स्पीच/लैंगेज (वाचा/भाषा) थेरेपी 14. दृष्टि सेवाएँ 15. अन्य	1. चाइल्ड केयर सेन्टर (फ्रैमिलि डे केयर सहित) 2. प्रिस्कूल कार्यक्रम 3. नियमित नर्सरी स्कूल 4. अर्ली चाइल्डहुड सेन्टर 5. अर्ली हेड स्टार्ट/हेड स्टार्ट 6. जूडी सेन्टर 7. पुस्तकालय	8. पार्क/खेल का मैदान 9. रेस्त्रां 10. कम्प्युनिटी/रिक्रिएशन सेन्टर 11. माता-पिता के रोजगार की जगह 12. आश्रय 13. अन्य	1. अर्ली इन्टरवेन्शन सेन्टर/अक्षमता वाले बच्चों के लिए कक्षा 2. सेवा प्रदाता (जैसे, आउट पेंशंट, ऑडियोलॉजिस्ट) 3. अस्पताल (अर्ती किया गया) 4. आवासीय सुविधा 5. अन्य	

वित्तीय जिम्मेदारी: उस एक एजेंसी को चिह्नित करें जो कि सेवाओं के भुगतान के लिए जिम्मेदार है।	प्रदाता एजेंसी: सेवा देने वाली एजेंसी के नाम रिकॉर्ड करें। हर एजेंसी के अंदर स्टैन्डर्ड टेक्स्ट डेज़िग्नेशन का उपयोग करें।
प्रतिपूर्ति छोत: उस एक प्रतिपूर्ति छोत को चिह्नित करें केवल जब वित्तीय रूप से जिम्मेदार के रूप में नियत एजेंसी दूसरे छोत से सेवा के भुगतान के आग्रह के लिए प्रेरित है।	प्रदाता नाम/फोन संख्या: सेवा देने वाले व्यक्ति का नाम और फोन नंबर रिकॉर्ड करें।

अनुमानित सेवा आरंभ तिथि: उस तिथि को रिकॉर्ड करें जिस पर सेवा को अनुमानित रूप से आरंभ किया जाना है।	अनुमानित सेवा समीक्षा तिथि: उस तिथि को रिकॉर्ड करें जिस पर सेवा की अनुमानित रूप से समीक्षा की जानी है।
अनुमानित अवधि: समय अवधि रिकॉर्ड करें जिसके लिए सेवा दी जाएगी।	सेवा समाप्ति तिथि: तिथि रिकॉर्ड करें जिस पर सेवा समाप्त होती है।

बच्चे का नाम:

ID संख्या:

IFSP बैठक तिथि:

भाग IV जारी – मेरे बच्चे की अर्ली इन्टरवेन्शन सर्विसेज

अर्ली इन्टरवेन्शन सर्विसेज (जारी)

स्लझायक तकनीक

क्या मेरे बच्चे को सहायक तकनीक या उपकरण की ज़रूरत है जो उसकी कार्यात्मक क्षमता को बढ़ाए, बनाए रखे या सुधार कर सके?

 हाँ नहीं

सहायक तकनीक के प्रकार। लागू होने वाले सभी को चिह्नित करें:

- एकिटविटिज़ ऑफ डेइली लिविंग (दैनिक जीवन की गतिविधियाँ ADL)
- अनुकूलनक्षम कंप्यूटर हार्डवेयर
- अनुकूलनक्षम सॉफ्टवेयर
- श्रवण सहायक
- ऑगमेन्टेटिव एंड ऑल्टरनेटिव कम्प्युनिकेशन डिवाइस (संवृद्धिकारक और वैकल्पिक संचार उपकरण AAC)
- एनवार्यनमेन्टल कन्ट्रोल यूनिट्स (पर्यावरण नियंत्रण यूनिट ECU)
- गतिशीलता सहायक
- खेल, मनोरंजन और अवकाष सहायक
- बैठना और अवस्थिति
- परिवहन/सुरक्षा सहायक
- दृष्टि सहायक
- अन्य _____

प्रदाता

प्रदाता नाम:

फोन:

ई-मेल:

परिवहन

क्या यह योजना मेरे बच्चे और/या परिवार को अर्ली इन्टरवेन्शन सेवाएं प्राप्त करने के लिए आवश्यक परिवहन को समाहित करती है?

 हाँ नहीं

परिवहन के प्रकार:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> प्रतिपूर्ति सहित माता-पिता | <input type="checkbox"/> प्रतिपूर्ति के साथ सार्वजनिक परिवहन |
| <input type="checkbox"/> स्कूल बस | <input type="checkbox"/> अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें) _____ |
| <input type="checkbox"/> कैब/टैक्सी | |

क्या मेरे बच्चे को ले जाने के लिए कोई विशेष उपकरण ज़रूरी है?

 हाँ नहीं

यदि हाँ, उपकरण के प्रकार को निर्दिष्ट करें:

प्रदाता

प्रदाता नाम:

भाग V – सेवा लिंकेज

सेवा लिंकेज

सेवा लिंकेज समुदाय सेवाएँ और समर्थन हैं जो आपके बच्चे के विकास और परिवार की आपके बच्चे और परिवार की जरूरतों को पूरा करने की क्षमताओं को बढ़ाने के लिए निर्माण किये गये हैं। परिवार के प्रत्येक सदस्य के लिए एक अलग "सेवा लिंकेज" फॉर्म पूरा किया गया है।

सेवा लिंकेज को निम्नलिखित परिवार के सदस्यों के लिए प्रदान किये जा रहे हैं। (निम्नलिखित में से केवल एक को चिह्नित करें।)

योग्य बच्चे सहोदर परिवार माता-पिता/अभिभावक अन्य रिश्तेदार

प्रदान की जानी सेवा लिंकेज (उन सभी को चिह्नित करें जो लागू होते हैं।)

बच्चे की देखभाल/संवर्धन	आय सहायता	विकित्सा/स्वास्थ्य	अन्य
<input type="checkbox"/> चाइल्ड केयर के पहले/बाद	<input type="checkbox"/> आपात वित्तीय सहायता	<input type="checkbox"/> मूल्यांकन	<input type="checkbox"/> प्रौढ़ शिक्षा
<input type="checkbox"/> कैम्प, दिवस/आवासीय	<input type="checkbox"/> वित्तीय परामर्श	<input type="checkbox"/> दंत विकित्सा सेवाएँ	<input type="checkbox"/> चाइल्ड केयर रिसोर्स सेन्टर (बच्चे की देखभाल संसाधन केंद्र), स्थानीय
<input type="checkbox"/> अर्ली हेड स्टार्ट/हेड स्टार्ट	<input type="checkbox"/> फूड स्टैम्प्स (खाद्य स्टैप्स)	<input type="checkbox"/> नैदानिक/सलाहकार विलनिक	<input type="checkbox"/> फेमिलि सोर्ट सेन्टर
<input type="checkbox"/> फेमिलि डे केयर	<input type="checkbox"/> सरकारी सहायता	<input type="checkbox"/> उपकरण/औजार	<input type="checkbox"/> फेमिलि सोर्ट नेटवर्क, स्थानीय
<input type="checkbox"/> ग्रुप चाइल्ड केयर सेन्टर्स	<input type="checkbox"/> SSI	<input type="checkbox"/> स्वास्थ्य बीमा	<input type="checkbox"/> होम विजिटिंग (गृह निरीक्षण) कार्यक्रम। (कृपया निर्दिश्ट करें) _____
<input type="checkbox"/> इन-होम चाइल्ड केयर	<input type="checkbox"/> अन्य _____	<input type="checkbox"/> होम हेल्प केयर (गृह स्वास्थ्य देखभाल)	<input type="checkbox"/> आवास
<input type="checkbox"/> प्रिस्कूल कार्यक्रम	<input type="checkbox"/> परामर्श	<input type="checkbox"/> अस्पताल में भर्तीकरण	<input type="checkbox"/> जूडी सेन्टर
<input type="checkbox"/> ट्युटरिंग	<input type="checkbox"/> किशोर	<input type="checkbox"/> टीकाकरण	<input type="checkbox"/> कानूनी सेवाएँ
<input type="checkbox"/> अन्य _____	<input type="checkbox"/> रोज़गार	<input type="checkbox"/> मेन्टल हेल्प सर्विसेज (मानसिक स्वास्थ्य सेवा)	<input type="checkbox"/> माता-पिता शिक्षा
	<input type="checkbox"/> परिवार	<input type="checkbox"/> प्रसव पूर्व देखभाल	<input type="checkbox"/> प्रोजेक्ट इन्डिपेन्डेन्स
	<input type="checkbox"/> आनुवंशिक	<input type="checkbox"/> प्रिस्क्रिप्शन से मिलने वालीं दवाएँ	<input type="checkbox"/> मनोरंजन कार्यक्रम
	<input type="checkbox"/> आवास	<input type="checkbox"/> प्रायमरी हेल्प केयर (प्राथमिक स्वास्थ्य परिचर्या)	<input type="checkbox"/> सहायता समूह
	<input type="checkbox"/> वैवाहिक	<input type="checkbox"/> जाँच	<input type="checkbox"/> अन्य _____
	<input type="checkbox"/> विशेष	<input type="checkbox"/> सब्स्टन्स एब्यूज उपचार	
	<input type="checkbox"/> अन्य _____	<input type="checkbox"/> शल्य प्रक्रिया (सर्जिकल प्रोसिजर)	
		<input type="checkbox"/> महिलाओं, शिशुओं, और बच्चों (WIC) के कार्यक्रम	
		<input type="checkbox"/> अन्य _____	

सेवा लिंकेज प्रदाता

प्रदाता नाम:	प्रदाता नाम:
फोन/ई-मेल:	फोन/ई-मेल:
प्रदाता नाम:	प्रदाता नाम:
फोन/ई-मेल:	फोन/ई-मेल:

परिवार के लिए सेवा लिंकेज निश्चित करने के लिए योजनाएं

भुगतान स्रोत (उन सभी को चिह्नित करें जो लागू होते हैं।)	सेवा लिंकेज निश्चित करने में शामिल व्यक्ति	
<input type="checkbox"/> हेल्प मैन्टेनेन्स ऑर्गनाइज़ेशन (स्वास्थ्य रखरखाव संगठन - HMO)	नाम:	नाम:
<input type="checkbox"/> विकित्सा सहायता	उपनाम:	उपनाम:
<input type="checkbox"/> कोई शुल्क नहीं	फोन:	फोन:
<input type="checkbox"/> अन्य स्वास्थ्य बीमा	ई-मेल	ई-मेल
<input type="checkbox"/> माता-पिता: पूर्ण भुगतान		
<input type="checkbox"/> माता-पिता: स्लाइंडिंग शुल्क		
<input type="checkbox"/> अन्य: _____		

बच्चे का नाम:	ID संख्या:	IFSP बैठक तिथि:
---------------	------------	-----------------

भाग VI – प्राधिकरण

प्राधिकरण

माता–पिता / अभिभावक / सरोगेट सहमति

- मुझे/हमें इन्डिविजुअलाइज़ड फोमिलि सर्विस प्लान (IFSP) में भाग लेने के लिए मौका मिला है और IFSP बैठक की उचित सूचना दी है।
- माता–पिता के अधिकारों के बारे में मुझे/हमें अपने/हमारे इस प्रोग्राम के बारे में माता–पिता के अधिकार के बारे में पेरेन्टल राइट्स (माता पिता के अधिकार): मैरीलैंड प्रक्रियात्मक रक्षणापाय सूचना और मैरीलैंड अर्ली इन्टरवेन्शन प्रणाली के बारे में एक परिवार पुस्तिका की प्राप्ति के द्वारा सूचित किया गया है।
- अर्ली इन्टरवेन्शन सर्विसेज को IFSP में वर्णित रूप में प्रदान किया जाएगा। मैं/हम समझते हैं कि छें की प्रत्येक छह (6) महीने पर समीक्षा की जाएगी।
- मैं/हम समझते हैं कि मेरी/हमारी सहमति स्वैच्छिक है और कि मैं/हम अपनी सहमति कभी भी वापस ले सकता/सकती/सकते हैं।
- मैं/हम समझता हूँ कि रिकार्डों को मेरी/हमारी हस्ताक्षरित सहमति के बारे फोमिलि एजुकेशन राइट्स एंड प्रायवरी एकट (परिवार विकास अधिकार और गोपनीयता अधिनियम (FERPA) के प्रावधानों के अंतर्गत जारी नहीं किया जा सकता है। यह कानून अर्ली इन्टरवेन्शन रिकॉर्ड के अर्ली इन्टरवेन्शन प्रणाली में सहभागी एजेंसियों को जारी किए जाने की स्वीकृति देता है।
- मुझे/हमें समझ है कि सरकारी एजेंसी एक राज्यव्यापी डेटाबेस के माध्यम से जानकारी प्रस्तुत करेगी। इस डेटाबेस को मैरीलैंड स्टेट डिपार्टमेन्ट ऑफ एजुकेशन (MSDE) और अन्य सरकारी एजेंसियों के लिए यथोचित कार्यक्रमों के वित्तीयन को सक्रिय करने के लिए प्रयोग किया जाएगा।
- मुझे/हमें IFSP टीम के निर्णयों के बारे में मेरी/हमारी अपनी भाषा में या अन्य संचार साधनों के माध्यम से सूचित किया गया है।
- यह योजना उन परिणामों को दिखाती है जो कि मेरे/हमारे बच्चे और परिवार के लिए महत्वपूर्ण हैं।
- मुझे/हमें योजना और माता–पिता के अधिकारों की समझ है और इसलिए IFSP के लागू किए जाने की अनुमति है।

माता–पिता/अभिभावक/सरोगेट हस्ताक्षर

तिथि

मेडिकल एसिस्टन्स

- मैंने/हमने सर्विस कोओर्डिनेशन फोर चिल्ड्रन विथ डिसेबिलिटिज केस मेनेजमेन्ट स्पीकार करना चुना है। मैं/हम समझते हैं कि इस सेवा का उद्देश्य आवश्यक चिकित्सा, सामाजिक, बैक्सिक, और अन्य सेवाओं में पहुँच पाने में मदद करना है। मुझे/हमें समझता/समझती/ समझते हैं कि इस सेवा की निरंतरता सर्विस कोओर्डिनेशन फॉर चिल्ड्रन विद डिसेबिलिटिज (अक्षमता युक्त बच्चों के लिए सेवा समन्वयन) [COMAR 10.09.40] के लिए पात्रता जरूरतों पर निर्भर करता है।
- मैं/हम समझता/समझती/समझते हैं कि यह सेवा चिकित्सा मदद लाभ के लिए सहभागी की योग्यता को न तो प्रतिबंधित करती है या अन्यथा प्रभावित करती है। मैं/हम समझता हूँ कि मैं/हम अपने/हमारे बच्चों के लिए केस मेनेजर/सर्विस कोओर्डिनेटर को चुनने के लिए स्वतंत्र हूँ।
- मैं/हम सेवा समन्वयन के लिए मेडीकेंड से लागत के साथ ही साथ मेरे बच्चे के परिणामों के कार्यान्वयन से संबंधित स्वास्थ्य संबंधी सेवाओं को हासिल करने के लिए प्रदाता एजेंसी को अनुमति देता हूँ। मैं/हम समझता हूँ कि यदि मैं/हम मेडिकल एसिस्टन्स फंड्स (चिकित्सा सहायक कोश) में पहुँच के लिए प्रदाता एजेंसी को अनुमति देने से मना करता हूँ, तो इससे सरकारी एजेंसी को यह सुनिश्चित करने कि सभी जरूरी सेवाएँ मेरे/हमारे बच्चे को मेरे/हमारे परिवार को बिना किसी लागत के दी जाएं, की उनकी जिम्मेदारी से मुक्ति नहीं मिल जाती है।

बच्चे का नाम प्रिंट करें

मेडिकल एसिस्टन्स (चिकित्सा सहायता - डॉ) संख्या

माता–पिता/अभिभावक/सरोगेट के हस्ताक्षर

तिथि

बच्चे का नाम:

ID संख्या:

IFSP बैठक तिथि:

भाग VII – मेरे बच्चे के द्रान्जिशन की जानकारी

खंड A – तीन साल की उम्र में द्रान्जिशन

3 साल की उम्र में द्रान्जिशन

द्रान्जिशन योजना बैठक तिथि: _____

बैठक विलंब का कारण

यदि द्रान्जिशन आयोजन बैठक को बच्चे के 33 महीने के होने के बाद रखी जाती है, तो कारण बताने वाले निम्नलिखित जवाबों में से चुनें।
(केवल एक चुनें)

- परिवार को संपर्क करने के प्रयास असफल थे।
- बच्चे को 31-5 महीने या उसके बाद की उम्र में रेफर किया गया था।
- परिवार ने बैठक को विलंब से करने या फिर से किए जाने के लिए निवेदन किया था।
- अन्य: _____

यदि संक्रमण योजना बैठक को बच्चे के तीसरे जन्मदिन के पहले बिल्कुल नहीं किया गया था, तो कारण बताने वाले निम्नलिखित जवाबों में से चुनें।
(केवल एक चुनें)

- परिवार को संपर्क करने के प्रयास असफल थे।
- बच्चे को 34-5 महीने या उसके बाद की उम्र में रेफर किया गया था।
- परिवार ने बैठक में हिस्सा लेने से इन्कार कर दिया।
- अन्य: _____

प्रिस्कूल स्पेशल एजुकेशन और संबंधित सेवाओं के लिए पात्रता (भाग B)

 माता पिता जो भाग B पात्रता के बारे में विचार करना चाहते हैं। माता पिता जो भाग B पात्रता के बारे में विचार करना नहीं चाहते हैं।

सामुदायिक सेवाएं

क्या परिवार को सामुदायिक सेवा के लिए रेफर किया गया है? हाँ नहीं यदि हाँ, सेवाओं को जाँचें जो लागू होते हैं।

विकासात्मक / विकित्सा / स्वास्थ्य:

- डेवेलपमेन्टल थेरेपीज़ (भाग C और भाग B के अलावा)
- उपकरण / औजार
- हांस हैल्थ केयर
- टीकाकरण
- मेन्टल हैल्थ सर्विसेज़ (मानसिक स्वास्थ्य सेवा)
- प्रायमरी हैल्थ केयर
- महिलाओं, शिशुओं, और बच्चों (WIC) के कार्यक्रम

बच्चे की देखभाल / संवर्धन

- कैम्प्स
- फेमिलि डे केयर
- ग्रुप चाइल्ड केयर
- इवन स्टार्ट
- हेड स्टार्ट
- प्ले ग्रुप
- प्रिस्कूल कार्यक्रम:
 - सार्वजनिक
 - निजी
- मनोरंजन कार्यक्रम
- जूडी सेन्टर
- होम इन्स्ट्रक्शन फोर पेरेन्ट्स ऑफ प्रिस्कूल यंगर्स्टर्स (पूर्वस्कूली बच्चों के माता पिता के लिए गृह शिक्षा - HIPPY)

फेमिलि सपोर्ट

- फेमिलि सपोर्ट सेन्टर
- होम विज़िटिंग प्रोग्राम (कृपया निर्दिष्ट करें)

 माता-पिता शिक्षा

- सहायता समूह
- अन्य: _____

अन्य सामुदायिक सेवाएं:

द्रान्जिशन आयोजन बैठक टिप्पणियाँ / भविष्य के चरण

गतिविधियाँ	समय सीमाएं	जिम्मेदार व्यक्ति

आरंभिक IEP पात्रता निर्धारण बैठक (स्पेशल एजुकेशन कर्मचारी के द्वारा पूरा किया जाने वाला)

स्पेशल एजुकेशन कर्मचारी: इस खंड को पूरा करें और आरंभिक IEP निर्धारण बैठक के तत्काल बाद भाग C डेटा एंट्री में सुपुर्द करें। आरंभिक IEP पात्रता निर्धारण बैठक के परिणाम को बताने वाले कथन को चिह्नित करें।

- यह बच्चा किसी IFSP द्वारा या किसी IEP के द्वारा प्रिस्कूल स्पेशल एजुकेशन के माध्यम से जारी रहने वाली सेवाओं के लिए पात्र निर्धारित किया गया है।
- यह बच्चा किसी IFSP द्वारा या किसी IEP के द्वारा प्रिस्कूल स्पेशल एजुकेशन के माध्यम से जारी रहने वाली सेवाओं के लिए अपात्र निर्धारित किया गया है।

भाग VII – मेरे बच्चे के ट्रान्ज़िशन की जानकारी

खंड B – तीन साल के बाद उम्र का ट्रान्ज़िशन

3 साल की उम्र के बाद का ट्रान्ज़िशन

प्रिस्कूल स्पेशल एजुकेशन और संबंधित सेवाओं के लिए पात्रता (भाग B)

किंडरगार्डन की उम्र के पहले

- माता-पिता जो किसी IEP के द्वारा प्रिस्कूल स्पेशल एजुकेशन और संबंधित सेवाओं के बारे में सोचते हैं।
- माता-पिता जो किसी IEP के द्वारा प्रिस्कूल स्पेशल एजुकेशन और संबंधित सेवाओं के बारे में नहीं सोचते हैं।

किंडरगार्डन उम्र पर

- माता-पिता जो किसी IEP के द्वारा स्पेशल एजुकेशन और संबंधित सेवाओं के बारे में सोचते हैं।
- माता-पिता जो किसी IEP के द्वारा स्पेशल एजुकेशन और संबंधित सेवाओं के बारे में नहीं सोचते हैं।

सामुदायिक सेवा

क्या परिवार को सामुदायिक सेवा के लिए रेफर किया गया है? हाँ नहीं यदि हाँ, सेवाओं को जाँचें जो लागू होते हैं।

विकासात्मक/चिकित्सा/स्वास्थ्य:

- डेवेलपमेन्टल थेरेपीज़ (भाग C और भाग B के अलावा)
- उपकरण/आजार
- होम हेल्थ केयर
- टीकाकरण
- मेन्टल हेल्थ सर्विसेज (मानसिक स्वास्थ्य सेवा)
- प्रायमरी हेल्थ केयर
- महिलाओं, शिशुओं, और बच्चों (WIC) के कार्यक्रम

बच्चे की देखभाल/संवर्धन

- कैम्पस
- फेमिलि डे केयर
- ग्रुप चाइल्ड केयर
- इवन स्टार्ट
- हेड स्टार्ट
- प्ले ग्रुप
- प्रिस्कूल कार्यक्रम:
 - सार्वजनिक
 - निजी
- मनोरंजन कार्यक्रम
- जूडी सेन्टर
- होम इन्स्ट्रक्शन फोर पेरेन्ट्स ॲफ प्रिस्कूल यंगर्स्टर्स (पूर्वस्कूली बच्चों के माता पिता के लिए गृह शिक्षा - HIPPY)

फेमिलि सपोर्ट

- फेमिलि सपोर्ट सेन्टर
- होम विजिटिंग प्रोग्राम (कृपया निर्दिष्ट करें)

माता-पिता शिक्षा

सहायता समूह

अन्य: _____

अन्य सामुदायिक सेवाएं:

बैठक टिप्पणी/भविष्य के चरण

गतिविधियाँ	समय सीमाएं	जिम्मेदार व्यक्ति

IEP पात्रता निर्धारण बैठक के परिणाम यदि लागू होता है (स्पेशल एजुकेशन कर्मचारी के द्वारा पूरा किया जाने वाला)

स्पेशल एजुकेशन कर्मचारी: इस खंड को पूरा करें और आरंभिक IEP निर्धारण बैठक के तत्काल बाद भाग C डेटा एंट्री में सुपुर्द करें। आरंभिक IEP पात्रता निर्धारण बैठक के परिणाम को बताने वाले कथन को चिह्नित करें।

- यह बच्चा किसी IFSP द्वारा या किसी IEP के द्वारा प्रिस्कूल स्पेशल एजुकेशन के माध्यम से जारी रहने वाली सेवाओं के लिए पात्र निर्धारित किया गया है।
- यह बच्चा किसी IFSP द्वारा या किसी IEP के द्वारा प्रिस्कूल स्पेशल एजुकेशन के माध्यम से जारी रहने वाली सेवाओं के लिए अपात्र निर्धारित किया गया है।

भाग VIII – माता–पिता की सहमति (तीन साल की उम्र पर या उससे पहले)

परिवार की पसंद: IFSP सेवाओं के जारी रखने की सहमति या समाप्त करने का आग्रह

परिवारों के पास एक विकल्प है

- मैंने/हमने वार्षिक, "अगले चरण के लिए एक पारिवारिक निर्देशिका जब शीघ्र हस्तक्षेप में आपका बच्चा 3 का हो जाता है – परिवार के पास विकल्प है" अधिसूचना की एक नकल पाई है।
- मुझे/हमें इन्डिविजुअल्स विद डिसेबिलिटिज एक्ट (IDEA) के अंतर्गत इन्डिविजुअलाइज्ड फैमिली सर्विस प्लान (IFSP) के द्वारा प्रदान की जातीं अर्ली इन्टरवेन्शन सेवाओं और IDEA के अंतर्गत इन्डिविजुअलाइज्ड एजुकेशन प्लान (IEP) के द्वारा प्रदान की जातीं अर्ली इन्टरवेन्शन सेवाओं के बीच अंतर के बारे में बताया गया है।
- मैं/हम समझता/समझती/समझते हूँ/ हैं कि मेरे/हमारे बच्चे के पास मौजूदा IFSP है और कि मेरे/हमारे बच्चे को प्रिस्कूल स्पेशल एजुकेशन के लिए IDEA के अंतर्गत अक्षमता वाले बच्चे के रूप में पात्र पाया गया है।
- मुझे/हमें किसी IFSP के द्वारा अर्ली इन्टरवेन्शन सर्विसेज के पाने को जारी रखने के IFSP विकल्प या किसी IEP के द्वारा स्पेशल एजुकेशन प्रिस्कूल सेवाओं को आरंभ करने में से एक को चुनने के अपने/हमारे अधिकारों के बारे में सूचित किया गया है।
- मैं/हम समझता/समझती/ समझते हूँ/हैं कि यदि/हम अपने/हमारे बच्चे के लिए सेवा किसी IEP से पाना और IFSP सेवाओं को रोकने के लिए चुनते हैं, मेरा/हमारा बच्चा और परिवार एक IFSP के लिए अब पात्र नहीं रह जाएगा।
- मैं/हम समझते हैं कि यदि मैं/हम अपने/हमारे बच्चे के लिए IFSP के द्वारा सेवा पाना चुनते हैं, तो किसी भी समय मैं/हम अर्ली इन्टरवेन्शन सर्विसेज में IFSP के द्वारा सहभागिता समाप्त कर सकते हैं और IEP के द्वारा स्पेशल एजुकेशन प्रिस्कूल सेवाओं को आरंभ करने के लिए चुन सकते हैं।
- मैं/हम समझता/ समझती/ समझते हूँ/ हूँ कि स्थानीय लीड एजेंसी के लिए उस तिथि तक एक्स्टेंडेड IFSP विकल्प के तहत IFSP सेवाओं को देना जारी रखने जरूरी है जिस से कि एक IEP के द्वारा सेवाओं को आरंभ किया जाता है। हालांकि यदि मैं/हम IEP विकल्प चुनते हैं लेकिन विषेश विज्ञान और संबंधित सेवाओं में सहमति से अस्थीकार करते हैं जो कि IEP टीम के द्वारा विकसित IEP में दिया जाता है, मैं/हम समझते हैं कि IFSP सेवाएँ रोक दी जाएंगी।
- मैं/हम समझते हैं कि IFSP सेवाओं को जारी रखने के लिए मेरी/हमारी सहमति स्वैच्छिक है और कि मैं/हम अपनी सहमति कभी भी वापस ले सकते हैं।

परिवार की पसंद**केवल एक बॉक्स चिह्नित करें।**

मैं/हम अपने/हमारे बच्चे के तीसरे जन्मादिन के बाद अपने/हमारे बच्चे और परिवार के लिए IFSP के द्वारा अर्ली इन्टरवेन्शन सर्विसेज को जारी रखने के लिए अपनी सहमति देता/देती/देते हैं/ हूँ।

- मैं/हम अपने/हमारे बच्चे के तीन वर्ष की आयु पर अपने/हमारे बच्चे और परिवार के लिए IFSP के द्वारा अर्ली इन्टरवेन्शन सर्विसेज को रोकने के लिए अपनी सहमति देता/देती/देते हैं/ हूँ।

माता–पिता/अभिभावक/सरोगेट के हस्ताक्षर**तिथि****सेवा समन्वयक****तिथि****अन्य सहभागी****एजेंसी/पदनाम****तिथि****अन्य सहभागी****एजेंसी/पदनाम****तिथि**

बच्चे का नाम:

ID संख्या:

IFSP बैठक तिथि:

**इन्डिविजुअलाइज़ड फेमिली सर्विस प्लान
(IFSP) जोड़े / बदलें फॉर्म**

IFSP समीक्षा

बच्चे और परिवार के बारे में सूचना में परिवर्तन	IFSP की समीक्षा
<p>(जनसांख्यिकीय सूचना में परिवर्तन के लिए माता-पिता के हस्ताक्षर की जरूरत नहीं है।)</p> <p>बच्चे के बारे में सूचना:</p> <p>पिंपु का नाम: _____</p> <p>पता: _____</p> <p>फोन: _____</p> <p>जन्मदिन: _____</p> <p>चिकित्सा सहायता: _____</p> <p>परिवार सूचना:</p> <p>नाम: _____</p> <p>पता: _____</p> <p>फोन: _____</p> <p>ई-मेल: _____</p> <p>बच्चे के साथ संबंध: _____</p> <p>सेवा समन्वयक सूचना:</p> <p>नाम: _____</p> <p>एजेंसी: _____</p> <p>फोन: _____</p> <p>ई-मेल: _____</p>	<p>समीक्षा प्रकार: चुनें एक।</p> <p>बैठक तिथि: _____</p> <p><input type="checkbox"/> छह महीने <input type="checkbox"/> वार्षिक <input type="checkbox"/> प्रदाता आग्रह <input type="checkbox"/> माता-पिता आग्रह <input type="checkbox"/> माता-पिता / प्रदाता आग्रह</p> <p>समीक्षा प्रकार: चुनें एक।</p> <p><input type="checkbox"/> IFSP जारी रखें <input type="checkbox"/> IFSP बदलें <input type="checkbox"/> सेवा सवृद्धि <input type="checkbox"/> सेवा परिवर्तन <input type="checkbox"/> सेवा समाप्ति <input type="checkbox"/> परिणाम जोड़ें / बदलें <input type="checkbox"/> IFSP समाप्त करें (यदि चुना गया है, "निष्क्रिय स्थिति का कारण" खंड को नीचे से पूरा करें।)</p> <p>निष्क्रिय स्थिति के कारण: चुनें एक।</p> <p>निष्क्रिय तिथि: _____</p> <p><input type="checkbox"/> संपर्क का प्रयास असफल रहा (जन्म से किंडरगार्डन उम्र तक) <input type="checkbox"/> 3 साल तक पहुँचने के पहले IFSP की समाप्ति (जन्म से 3 साल तक) <input type="checkbox"/> मृत (जन्म से किंडरगार्डन उम्र तक) <input type="checkbox"/> अपात्र निर्धारित किया गया (टिप्पणी: यह बच्चा कभी पात्र नहीं था।) (जन्म से 3 साल तक) <input type="checkbox"/> राज्य से बाहर चला गया (जन्म से किंडरगार्डन उम्र तक) <input type="checkbox"/> अन्य न्यायिक क्षेत्र में चला गया (जन्म से किंडरगार्डन उम्र तक) न्यायिक क्षेत्र का नाम: _____ <input type="checkbox"/> माता-पिता के द्वारा निकाला गया (जन्म से किंडरगार्डन उम्र तक) <input type="checkbox"/> 3 साल में ट्रान्जिशन (IFSP पर जारी नहीं) (जन्म से 3 साल तक) <input type="checkbox"/> किंडरगार्डन उम्र तक पहुँचने के पहले IFSP की समाप्ति (3 साल से किंडरगार्डन उम्र तक) <input type="checkbox"/> उम्र 3 साल के बाद ट्रान्जिशन (3 साल से किंडरगार्डन तक)</p>

मुझे/हमें इस IFSP की समीक्षा के लिए वाजिब सूचना दी गई है। मुझे/हमें इस IFSP की समीक्षा में भाग लेने का मौका मिला था। मुझे/हमें अपने/हमारे माता-पिता के अधिकारों के बारे में माता-पिता के अधिकार ऐरेलैंड प्रक्रियात्मक रक्षोपाय सूचना के द्वारा सूचित किया गया है और इस समीक्षा के आधार पर IFSP संशोधन लागू करने के लिए अनुमति देता/रही/रहे हैं/हूँ।

माता-पिता/अभिभावक/सरोगेट के हस्ताक्षर

तिथि

सेवा समन्वयक

तिथि

अन्य सहभागी

एजेंसी/पदनाम

तिथि

अन्य सहभागी

एजेंसी/पदनाम

तिथि